2e SÉRIE.

N° 955.

OBSERVATION

D'ISSUE DES MALLÉOLES A TRAVERS LES TÉGUMENTS

DANS UN CAS DE LUXATION DU PIED

ACCOMPAGNÉE

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT APPLICABLE A CETTE COMPLICATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le mercredi 19 décembre 1866, à trois heures du soir

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE DESPREZ

de Courtomer (Orne)

ÉLÈVE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

STRASBOURG

TYPOGRAPHIE D'ÉDOUARD HUDER, RUE BRULÉE, 12

1866

A MON BON PÈRE ET A MON EXCELLENTE MÈRE.

Faible témoignage d'amour et de reconnaissance pour tant
et de si longs sacrifices.

A MA SOEUR CHÉRIE.

Amitié et dévouement.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAUCLIN.

Mes plus vifs sentiments de reconnaissance pour vos bons conseils
et votre bonne amitié.

E. DESPREZ.

A MADAME LA COMTESSE DE TURENNE.

Vos bontés pour moi ont été nombreuses; mon profond respect et ma reconnaissance seront éternels. Veuillez, je vous prie, Madame, en recevoir une preuve publique par l'hommage de mon premier essai dans la carrière médicale.

A MONSIEUR RAYER,

Membre de l'Institut, Médecin ordinaire de l'Empereur, Grand-Officier de la Légion-d'Honneur, etc.

Hommage de la plus respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR MORIN,

Curé du Perron.

Profond respect et vive gratitude.

E. DESPREZ.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM. Ehrmann O✻ Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.
Fée O✻. . . . . Botanique et histoire naturelle médicale.
Stoltz O✻ . . . . . Accouchements et clinique d'accouchements.
Cailliot ✻ . . . . . Chimie médicale et toxicologie.
Rameaux ✻ . . . . . Physique médicale et hygiène.
G. Tourdes ✻ . . . . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
Sédillot C✻ . . . . Clinique chirurgicale.
Rigaud ✻. . . . . Clinique chirurgicale.
Schützenberger ✻ . Clinique médicale.
Stœber ✻. . . . . Pathologie et thérapeutique générales, et clinique ophthalmologique.
Küss . . . . . Physiologie. } Clinique des maladies syphilitiques.
Michel . . . . . Médecine opératoire. }
L. Coze . . . . . Thérapeutique spéciale, mat. médicale et pharmacie.
Hirtz ✻. . . . . Clinique médicale.
Wieger. . . . . Pathologie médicale.
Bach . . . . . Pathologie chirurgicale.

M. R. Coze O✻, doyen honoraire

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Strohl.
Held.
Kirschleger.
Dagonet.
Herrgott.
Kœberlé ✻.

MM. Morel.
Hecht.
E. Bœckel.
Aubenas.
Engel.
P. Schützenberger.

MM. Dumont.
Aronssohn.
Sarazin.
Beaunis.
Monoyer.

AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. Feltz, Ritter, Bouchard.

M. Dubois, secrétaire, agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. Rigaud, président;
Coze,
Hecht,
Monoyer.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

OBSERVATION

D'ISSUE DES MALLÉOLES A TRAVERS LES TÉGUMENTS

DANS UN CAS DE LUXATION DU PIED,

ACCOMPAGNÉE

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT APPLICABLE A CETTE COMPLICATION.

« Dans l'art de la chirurgie, comme dans celui des combats, « les plus beaux succès ne sont pas ceux que l'on obtient au « prix des plus grands sacrifices »

(JANSON.)

INTRODUCTION.

Au commencement du mois de juin dernier, entrait à la clinique chirurgicale, dans le service de M. le professeur Rigaud, un cas remarquable de luxation du pied en dehors avec issue des deux malléoles à la partie externe de l'article. Le chirurgien pratiqua la résection immédiate des deux extrémités articulaires, puis les choses furent remises et maintenues en place. Ayant eu la bonne fortune d'assister à l'opération, et surtout ayant été à même depuis lors d'apprécier les résultats qu'elle a donnés, nous avons cru bien faire en en relatant l'observation dans notre travail inaugural.

A ce propos nous nous sommes efforcé d'entreprendre quelques recherches relatives au traitement préconisé dans ces sortes de lésions, puis surtout de faire au cas spécial l'application des données que nous avons pu acquérir dans une étude d'ailleurs si pleine d'écueils.

Bien mince a été notre mérite et bien incomplet est notre travail ; mais habitué que nous avons été jusque-là à voir par l'œil du maître et à nous sentir soutenu par sa main, une tâche de plus longue haleine eût été au-dessus de nos forces. Nous osons pourtant prier nos juges de vouloir bien tenir compte de nos efforts qui, s'ils sont infructueux et vains, ont pourtant le mérite d'avoir été sérieux. Avant d'entrer en matière, nous ne saurions mieux faire qu'en remerciant bien sincèrement M. le professeur Rigaud, auquel revient tout l'honneur du succès que nous allons relater, pour la bonté avec laquelle il nous a reçu et la bienveillance qu'il a mise à nous donner toutes sortes de renseignements.

PLAN ET DIVISION.

Voici comment nous croyons devoir ordonner notre travail :

Un premier chapitre exposera, aussi brièvement que possible, l'historique des modes de traitement employés, aux différentes époques de la science, dans les cas de luxations du pied, en général, compliquées d'irruptions malléolaires à travers les téguments.

Dans le deuxième, nous relaterons tout au long l'histoire du cas observé à la clinique chirurgicale dans le courant de cette année. Nous en devons les détails précis à notre collègue et bon ami, M. le docteur M. Claudot, alors interne du service.

Enfin la troisième et dernière partie sera consacrée à la discussion du traitement applicable au cas spécial.

Viendront alors nos conclusions.

CHAPITRE I.

Avant-Propos.

Au pied, plus peut-être que dans aucune autre articulation, les luxations peuvent offrir de nombreuses complications. En première ligne, par sa fréquence comme aussi par sa gravité, vient se placer l'issue d'une seule ou des deux malléoles à travers les téguments. Pas n'est besoin de définir, nous le croyons du moins, ce qu'il faut entendre par luxation compliquée d'issue des malléoles ; l'expression seule renseigne amplement à cet endroit. Nous dirons néanmoins que pour que cette complication ait lieu, deux conditions sont indispensables : la première, c'est qu'il faut une déchirure des téguments ; la seconde, que l'extrémité ou les extrémités articulaires se soient engagées dans la voie nouvelle pour venir faire saillie à l'extérieur au contact de l'air.

Que sous l'influence de la cause productrice, soient venues se joindre à cette lésion des fractures du tibia, du péroné ou des deux à la fois, des déchirures vasculaires et nerveuses, etc., ce seront autant de complications qui pourront se surajouter, s'enchevêtrer l'une l'autre de mille façons, et qui modifieront plus ou moins le traitement à employer. Nous ne nous en occuperons donc qu'accessoirement ici et à ce dernier titre.

Historique.

La complication qui nous occupe n'avait point échappé au premier des observateurs, Hippocrate, mais le traitement qu'il propose de lui appliquer est absolument nul, et mérite à peine d'être appelé palliatif. Voici à peu près en quels termes il en parle (Traduction de Littré, t. IV, p. 261):

Quand il y a luxation et que l'os sort par la plaie, si c'est à l'article du pied, que la luxation soit en dedans ou en dehors, il ne faut pas réduire, car le malade mourrait infailliblement en peu de jours. Il prétend même que la plupart ne passent pas le septième jour et qu'ils périssent dans les convulsions, la gangrène envahissant le pied et la jambe. Si, au contraire, la réduction n'a été ni faite ni tentée, la plupart en réchappent. Il veut qu'on donne à la jambe et au pied du blessé la situation la plus commode, observant toujours qu'ils ne soient ni mobiles ni pendants. Il rejette le froid, car il assure qu'il provoque la convulsion ; il rejette aussi tout bandage, tout cataplasme, car tout ce qui peut comprimer ou surcharger la plaie est nuisible. En tout cas, il faut prévenir le blessé qu'il restera boiteux, parce que le pied luxé est retiré en haut, et que les os font saillie en dehors. Ces os ne se dénudent que rarement, encore n'est-ce que dans un petit espace, et ils ne s'exfolient pas. Mais il avertit que la cicatrice sera toujours faible et mince, si le malade veut garder le lit fort longtemps ; sinon, qu'il pourra rester un petit espace incurable.

Celse, dans ces cas, propose la réduction, quand elle est possible ; autrement il conseille d'enlever les extrémités osseuses qui font obstacle, en un mot de pratiquer la résection ; mais ce dernier conseil trouve à peine un écho dans Galien, qui seul osa tenter cette opération. Depuis lors et jusque vers le milieu du dix-huitième siècle, cette méthode tomba dans le plus profond oubli.

Paul d'Egine adopte la réduction, évitant seulement d'affronter le spasme et l'inflammation, et résolu, quand ils existent, d'en attendre le déclin pour procéder avec moins de violence. Pour lui donc, il y a lieu, suivant les cas, de recourir à la réduction immédiate ou à la réduction ultérieure.

Guillaume de Salicet se montre aussi le partisan de la réduction; de plus, il propose, une fois qu'elle a été obtenue, de réunir les lèvres de la plaie par suture, en quoi Guy de Chauliac l'imita, ainsi que le remarque Malgaigne.

Abulcasis, dans son traité de chirurgie, parle bien des luxations compliquées de plaie pénétrante, de fractures des extrémités osseuses, ou de l'issue de ces extrémités ; mais ces complications ne sont point traitées pour le pied spécialement. Il fait remarquer que dans ces sortes de cas, il est besoin d'un médecin consommé dans son art, ayant une longue expérience, doux, compatissant, persévérant, ni téméraire, ni audacieux. Pourtant, si la maladie est légère, il faut réduire immédiatement, mais se bien garder de courir dans des voies périlleuses. On ne peut se dissimuler qu'il y ait beaucoup de vague dans ces préceptes du chirurgien arabe. Où place-t-il la ligne de démarcation entre les cas graves et les cas légers ? entre ceux qui réclament la réduction immédiate et ceux où elle serait funeste ? Ce sont là autant de points obscurs dans son ouvrage.

Ambroise Paré suit tout à fait les errements d'Hippocrate. Comme lui, il veut que le chirurgien reste paisible spectateur des déplacements produits, en se bornant toutefois à combattre l'inflammation et les autres complications. Il en donne comme raison qu'il est bien préférable de laisser le malade impotent que de lui ôter la vie. Le raisonnement serait juste, s'il était vrai que le traitement curatif dût entraîner la mort du blessé ; heureusement que cette terminaison funeste n'incombe qu'au plus petit nombre des cas.

Le chirurgien-major de J. L. Petit et avec lui presque tous les médecins de son époque, anglais et français, ne connaissaient qu'un seul remède à cette lésion ; c'était l'amputation immédiate. C'est de ce remède qu'on pourrait dire qu'il était plus grand que le mal.

J. L. Petit parle aussi de cette complication qu'il considère comme étant de toutes la plus dangereuse. Pourtant, bien qu'il écrivît à une époque où l'amputation régnait en souveraine dans les cas de ce genre, il ne sacrifie point à l'opinion dominante. Aussi conseille-t-il comme étant ce qu'il y a de plus sage, de réduire d'abord et ensuite de tenter tout ce qui pourra prévenir les accidents, avant de se déterminer à l'amputation. Que si ces accidents paraissent s'annoncer, la

règle est pour lui d'amputer sans retard, avant les vingt-quatre heures, car le moindre délai deviendrait alors funeste. Il ajoute que les luxations les plus fâcheuses ne sont pas toujours celles où il y a le plus de désordres apparents : ainsi celles avec fractures peuvent être suivies de moins d'accidents que celles sans fracture ; car outre le déchirement des parties, il faut faire attention à l'ébranlement que le membre a reçu. Le désordre apparent n'est pas le plus considérable. Une partie de la force du coup ou de la chute est employée à faire la plaie; mais le surplus du mouvement se communique aux parties du voisinage. Le froissement des parties et la secousse violente engourdissent les vaisseaux et la circulation se ralentit, d'où tendance à la gangrène, etc.

Boucher de Lille, en 1754, blâme l'amputation et préconise la réduction. Il ne consent à ce qu'on ampute que quand surviennent de graves accidents. Malheureusement il ne spécifie pas ces accidents.

Duverney n'admet que l'amputation ou la résection immédiate : la première, s'il n'y a pas de graves accidents; la seconde, s'il se montre des accidents pressants. Il rejette la réduction.

En 1758, Gooch prône la résection, et revient ainsi au précepte de Celse, qui devait longtemps encore rester inappliqué en France. Il cite à l'appui un cas de résection malléolaire suivi d'un succès complet.

Kerr de Northampton recourait à la résection immédiate. Grand nombre de chirurgiens anglais de cette époque employèrent aussi cette méthode.

Moreau de Bar-le-Duc, en 1782, et Deschamps furent les premiers à inaugurer en France la résection dans les cas d'issue des malléoles. Moreau réséqua le tibia et le péroné dans une luxation compliquée du pied datant de dix-neuf jours; son succès fut brillant.

Hunter ne parle point de cette complication ; il se borne à dire que les plaies des articulations en général sont très-graves, que le travail de suppuration y est très-long; pourtant ce n'est point pour lui une raison suffisante d'amputation.

Desault, dans ses œuvres chirurgicales, n'en parle que pour dire combien il serait difficile de tracer des règles générales applicables en pareille matière. Voici, au reste, en quels termes il s'exprime : «Les luxations compliquées du pied se montrent sous des formes si variées, tant d'accidents particuliers les accompagnent, tant de circonstances différentes s'y joignent, qu'il serait difficile de tracer pour le traitement des règles généralement applicables. L'on a bien une somme de principes généraux, mais que d'exceptions, que de modifications n'offrent-ils pas! Qui pourrait, en effet, fixer dans ce traitement les règles de la réduction, de l'amputation ou de l'extirpation? Qui pourrait dire précisément là où l'une cesse d'être utile et devient téméraire, là où les autres sont la seule ressource de l'art?»

Boyer, quand cette complication existe, veut que l'on examine si le désordre est tel que l'amputation du membre soit la seule ressource pour sauver le malade, ou si l'on peut, sans compromettre sa vie, tenter la conservation du membre.

A. Cooper admet trois modes de traitement dans ces cas; ce sont : 1° la réduction; 2° la résection suivie de la réduction; 3° l'amputation. Puis il s'efforce, dans un travail frappé au coin du génie, de délimiter les circonstances qui réclament l'un ou l'autre parti.

Josse se montre le partisan déclaré de la résection et pousse l'exagération jusqu'à l'appliquer aux cas de luxations graves, même sans déchirure des téguments.

Dupuytren, dans ses leçons orales, se vantait de n'avoir jamais fait une amputation pour cette complication. Aussi est-il d'avis que l'on tente la réduction dans presque tous les cas. Voici ce qu'il dit dans sa clinique chirurgicale :

«Si le délabrement n'est pas extrême, si les os luxés ne sont point en même temps fracassés, si les nerfs et les vaisseaux principaux ne sont pas rompus, si la gangrène enfin ne paraît pas inévitable, il faut remettre les parties en place, avoir recours aux débridements, aux antiphlogistiques, aux calmants de toute espèce, prévenir les accidents ou les combattre avec énergie, quand il en survient.»

A. Bérard pense aussi que l'amputation immédiate n'est indiquée que si la plaie a une étendue très-grande, s'il y a en même temps rupture de plusieurs tendons et désordre très-grand des surfaces articulaires. En toute autre circonstance il faut réduire. On peut aussi, dit-il, recourir avantageusement à la résection, si la réduction est impossible, si la portion de l'os est tellement endommagée que la nécrose doive se faire nécessairement, ou si la surface articulaire est brisée comminutivement.

L. J. Sanson admettait aussi, en pareille occurrence, et la réduction et la résection et l'amputation immédiate, suivant les cas, bien entendu.

Gerdy et plus tard Verneuil ont vanté la résection; Malgaigne se montre partisan de la réduction, puis aussi de la résection, mais fort peu de l'amputation; car, dit-il, dans l'amputation la mortalité est énorme et, avec la meilleure chance, le membre est perdu.

Nélaton conseille de réduire et de surveiller attentivement; que si le tibia et le péroné sont dénudés à leur partie inférieure, il faut en faire la résection; de même dans le cas où ces os ne pourraient être remis en place, malgré des débridements considérables. Dans les circonstances graves (déchirures vasculaires et nerveuses), l'amputation est presque toujours indiquée et doit être pratiquée immédiatement. La gangrène, la suppuration abondante peuvent pourtant nécessiter l'amputation consécutive.

De cet exposé historique il ressort que les auteurs, aux différents temps de la science, ont tracé trois grandes lignes de conduite à suivre dans les cas d'irruption des malléoles à travers les téguments; ce sont : la réduction, l'amputation et la résection; car nous ne considérons point comme un traitement le conseil donné par Hippocrate de laisser les choses telles quelles, en se bornant à diriger ses armes contre les accidents consécutifs. Dans notre dernier chapitre, nous reprendrons un à un ces trois modes de traitement, et nous les discuterons relativement à l'application que l'on en pouvait faire dans notre cas particulier.

CHAPITRE II.

Observation de luxation du pied en dehors, avec issue des malléoles à la partie externe de l'articulation.

(Clinique de M. le professeur Rigaud.)

Hirsh Muller, âgé de vingt-cinq ans, homme sanguin, robuste, athlétique, entre le 5 juin 1866 à la clinique chirurgicale, salle 105, lit 19.

Homme d'équipe au chemin de fer, transportant une caisse d'un poids considérable, il reçut cette caisse sur la jambe droite, à la partie interne, le pied étant maintenu contre un wagon. De là, luxation complète du pied, en dehors, sans aucune fracture, chose remarquable. Le pied était presque à angle droit (en dedans) sur la jambe, et les extrémités articulaires du tibia et du péroné faisaient saillie complétement en dehors, par une plaie horizontale comprenant à peu près exactement la demi-circonférence externe du membre, au point d'union de la jambe et du pied. Les tendons des muscles antérieurs avec l'artère pédieuse que l'on voyait battre, étaient refoulés en dedans, les postérieurs également. Les deux os de la jambe sortaient ainsi complétement à travers une boutonnière horizontale.

La malléole interne, qui faisait issue tout entière, appuyait en dedans, dans une longueur de plusieurs centimètres, sur la peau de la lèvre inférieure de la plaie. Cette malléole interne avait perdu un petit fragment enlevé à son sommet; en outre, sa face interne avait été dépouillée de son périoste sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

Vu cette dernière lésion, M. le professeur Rigaud eut recours à la résection des deux os jusqu'à ce niveau. Elle fut pratiquée très-facilement avec la scie à chaîne, puisque les parties à extirper faisaient

entièrement saillie en dehors. Le malade avait été préalablement chloroformé. On vit alors que les surfaces articulaires de l'astragale étaient intactes, de même que l'os entier, qui avait au reste conservé très-exactement tous ses rapports normaux avec les os du pied. On profita fort utilement de cette heureuse circonstance, car les extrémités réséquées furent ramenées au contact du cartilage parfaitement sain de l'os en question. Ceci diminuait donc les chances de l'ankylose, qui serait devenue inévitable si pour une cause ou pour une autre on avait été obligé d'exciser la partie articulaire de l'astragale correspondant aux extrémités déjà réséquées du tibia et du péroné.

La réduction faite, les lèvres de la plaie furent réunies par quatre points de suture, sauf 3 centimètres environ à la partie postérieure, pour livrer passage au pus. On institua une irrigation continue à 15 ou 20 degrés, sur la jambe maintenue entre deux coussins, dans une boîte de Baudens.

6 juin, matin. — Calme la nuit; quelques instants de sommeil, grâce à une potion opiacée avec 0,10; douleurs modérées, langue humide, pouls à 64 pulsations; soir, pouls à 60; aucune réaction fébrile, les douleurs persistent encore, malgré l'irrigation, mais elles sont modérées.

Deux heures du soir. — Le pouls reste lent mais plein, la face est rouge, les douleurs assez vives. Vu l'état pléthorique du sujet, on pratique une saignée de 200 grammes et on donne une potion opiacée de 0,10 pour la nuit.

7 juin. — Calme, douleurs à peu près disparues; le sommeil a été bon, pouls à 68. On continue les irrigations demi-tièdes.

8 juin. — Même état général excellent. Le malade prend des potages, quelques pruneaux; soif très-modérée, pas de douleurs. Depuis hier soir, le pied est fortement enflé, d'ailleurs chaud; on sent battre la pédieuse.

Soir. — L'enflure augmente, s'étend jusqu'au genou et prend au pied une couleur rosée un peu suspecte; l'irrigation est continuée.

9 juin. — Pas de réaction fébrile, pied très-œdématié et parsemé de taches rouges tranchant sur le blanc mat du reste du memre.

10 juin. — État général bon; pouls à 72, moyen. Hier soir, on a enlevé une épingle, et par une légère pression il s'est écoulé une assez grande quantité de pus séreux, roux, fétide. Ce matin, par la pression, il s'échappe des lèvres de la plaie un gaz fétide et un liquide séreux, brun verdâtre et sale. L'irrigation a fait gonfler l'épiderme et voilé l'état des choses. On baisse les valves de la boîte de Baudens et aussi les coussins; puis en râclant un peu les lambeaux d'épiderme, on constate la présence d'une escarre peu étendue, mais déjà bien formée, occupant une partie de la lèvre inférieure de la plaie. On fait une incision, qui n'est nullement douloureuse, à 3 centimètres environ au-dessous de la plaie, et on passe un séton. L'enflure du membre s'étend du genou aux orteils, mais n'augmente pas depuis deux jours.

On continue l'irrigation, mais on l'élève à 28 ou 30 degrés. Le soir, le malade se plaint de douleurs dans le membre et les attribue à l'élévation de température de l'irrigation ; sous le prétexte qu'on est à peu près décidé à sacrifier le membre, il décide l'infirmier à rétablir l'irrigation à la température de la chambre.

11 juin. — Pas de réaction fébrile, langue humide. La tuméfaction du membre paraît plutôt en voie de rétrocession : comme on a cessé de diriger les irrigations ailleurs que sur la plaie, le pied dépouillé de son épiderme a repris son aspect à peu près normal. Il est d'une couleur rosée qui ne paraît pas grandement suspecte, évidemment moins œdématié qu'il y a deux jours; la plaie laisse couler un pus séreux, fétide. Une partie de l'escarre s'est détachée sous forme de lambeau jaunâtre au niveau de l'incision d'hier. D'ailleurs cette partie mortifiée qui ne dépasse pas une largeur de deux travers de doigt, sur une longueur de quatre, quoique mal limitée, ne semble pas s'être étendue depuis hier. Douleurs assez vives dans le membre; ni fièvre ni soif remarquables.

Commencement d'angioleucite, traînées lymphatiques à la face interne du genou; état général excellent d'ailleurs : on enlève les points de suture, mais sans écarter les lèvres qui laissent suinter du pus. Le pied continue d'être placé sur un lit de charpie et entre deux coussins, dans la boîte de Baudens.

On remplace l'irrigation par l'application continue de cataplasmes tièdes. On arrose de temps en temps la charpie qui environne les deux plaies, avec une solution de permanganate de potasse. Application de pommade au goudron sur la jambe. Longue bande de vésicatoire ($0^m,30$ sur $0^m,06$) à la face interne du genou, pour combattre l'angioleucite.

Soir. — État général excellent, pouls à 86, vibrant.

12 juin. — L'œdème du pied a sensiblement diminué, ainsi que celui de la jambe; la rougeur érysipélateuse et les traînées de la jambe et du genou disparaissent. Plus de douleurs. État général très-bon. Pouls à 72, moyen. Le malade prend des œufs, de la viande et boit du vin.

Même traitement local.

13 juin. — Le calme continue; pouls à 60, moyen. État général très-satisfaisant, pas de douleurs, sommeil. Il ne reste plus aucune trace de l'angioleucite. L'œdème du pied a presque complétement cédé; d'ailleurs cette partie reste chaude, on sent les battements de la pédieuse. Les lèvres de la plaie laissent toujours couler une notable quantité de pus assez fétide, mais mieux lié, verdâtre ; l'escarre est en voie d'élimination. On cesse les cataplasmes : onctions de pommade au goudron.

15 juin. — Pas de fièvre, les escarres s'éliminent et la plaie commence à bourgeonner vivement. État général excellent, aucune fièvre, appétit très-bon depuis plusieurs jours : le malade prend deux fois de la viande, du vin.

On cesse la pommade et on remplit la plaie de camphre.

18 juin. — Escarres complétement éliminées. Il n'y a plus aucun

signe de gangrène ; la plaie due tant à l'écartement des lèvres de la première solution de continuité qu'à la gangrène, laquelle a aussi enlevé une lisière du lambeau supérieur, s'étend à peu près du niveau de la section des os aux articulations tarso-métatarsiennes ; limitée à la face externe et d'une longueur de huit à dix centimètres, elle est recouverte de bourgeons dans toute son étendue et très-superficielle, sauf au niveau de l'articulation où existe une perte de substance assez profonde, mais ne dépassant guère l'étendue d'une pièce de cinq francs, à bords irréguliers et anfractueux : il en suinte encore un pus sanieux, tandis que partout ailleurs le pus a un excellent aspect. Au fond on aperçoit le cartilage articulaire de l'astragale. Depuis huit jours la tuméfaction de la jambe est restée à peu près stationnaire et encore assez considérable jusque vers le genou. Au niveau de la plaie, la circonférence du cou-de-pied a augmenté de moitié au moins ; puis cette tuméfaction cesse brusquement, car le pied en est aujourd'hui à peu près indemne.

Pansement au camphre (abondant). Le pied est maintenu perpendiculaire à la jambe par une bande circulaire fixée autour des métatarsiens, et à laquelle s'insère une large bande fixée au cerceau et repoussant le pied en avant.

Soir. — Pouls à 76, fort et vibrant ; état général très-bon.

20 juin. — Pouls à 88, fort ; léger mouvement fébrile ; douleurs assez vives dans le talon, dont les couches privées d'épiderme ont été ramollies par l'irrigation, la suppuration, etc., et qui supporte le poids du membre.

21 juin. — Bon état ; la plaie continue à végéter. La solution de continuité profonde diminue d'étendue, elle est exactement limitée à deux centimètres de profondeur à peu près, par la surface péronière de l'astragale. La partie inférieure du péroné se voit immédiatement au-dessus ; les surfaces de section des os sont, à ce qu'on peut juger, à peu près en contact avec le cartilage supérieur de l'astragale.

Pansement au camphre.

23 juin. — Depuis quelques jours on voit sortir de la profondeur et des bords de la plaie une quantité assez considérable de pus, surtout quand on presse doucement, de haut en bas, la peau de la face interne de la jambe, qui est très-douloureuse à la pression. Celle-ci reste fortement tuméfiée jusque vers le genou, ce qui s'explique facilement par l'infiltration purulente et les décollements qui sont aujourd'hui évidents.

État général excellent; pansement au camphre.

25 juin. — Même état du membre ; à la face de la jambe opposée à la plaie, on sent plus manifestement la fluctuation. Le pied reste toujours chaud. Incision de trois centimètres de long, parallèle a la crête du tibia, et à trois ou quatre centimètres en dedans et au-dessus du niveau de la plaie. Application sur la jambe de charpie imbibée de perchlorure de fer à quinze degrés, puis d'un cataplasme épais qui puisse pousser lentement le pus vers l'ouverture.

26 juin. — Écoulement d'une assez grande quantité de pus par l'incision ; pas de douleurs, état général toujours bon. On continue à appliquer la charpie au perchlorure pour ranimer la contractilité des tissus. Charpie enduite de styrax au centre de la plaie, sèche à l'extérieur.

30 juin. — État général excellent, apyrexie, appétit, douleurs très-modérées siégeant dans le talon : douleur vive quand on comprime pour évacuer le pus qui sort toujours en assez grande abondance. La jambe est complétement dégorgée au-dessus de l'incision, mais comme elle est dans une position déclive, afin de faciliter le dégorgement du membre, le pus reste un peu stagnant au-dessous et la tuméfaction persiste sur une longueur de dix centimètres jusqu'au delà du cou-de-pied. Le pied lui-même est normal.

La plaie continue à végéter modérément; la solution de continuité médiane ne dépasse plus le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, mais il y a encore du pus dans la profondeur, sur les côtés de

l'astragale. La tuméfaction due à la collection purulente en dedans et au bourgeonnement en dehors donne à la jambe, au niveau de l'astragale, une circonférence de trente-deux centimètres, tandis qu'à gauche elle n'en mesure que ving-six.

Nouvelle incision à la face interne, au niveau de la plaie de la face externe et à douze centimètres au-dessous de la première. A l'aide de la sonde à dard, on les réunit profondément et on passe un tube à drainage.

Injections détersives. Vu les douleurs du talon, le pied est supporté par une compresse qui emboîte cette partie et va se fixer au cerceau.

2 juillet. — État général bon; apyrexie; toutefois un certain amaigrissement est la suite inévitable de la suppuration et du séjour au lit dans une salle d'hôpital. Aujourd'hui quelques frissonnements favorisés sans doute par le refroidissement de l'air; d'ailleurs même état local.

3 juillet. — Un frisson, mais peu accentué, sans claquement de dents, suivi de sueur; l'appétit persiste; les douleurs sont assez vives dans la jambe.

6 juillet. — Pas de frisson depuis trois jours. État général très-bon, les couleurs du visage sont revenues. État local peu modifié; le drain continue à laisser couler une assez grande quantité de pus.

Pansement de la plaie au cérat simple.

Injections aromatiques dans le tube à drainage.

Pommade au tannate de plomb sur la jambe comme astringent.

Quelques excoriations au sacrum. Coussin percé et compresses imbibées de chlorate de potasse.

10 juillet. — État général et local bons; peu de douleurs même à une pression modérée; plus d'excoriations au sacrum. Écoulement moindre de pus par le tube. La solution de continuité est aujourd'hui tout à fait comblée, il reste seulement une surface de l'étendue de la paume de la main, recouverte de bourgeons charnus que l'on réprime avec le crayon de nitrate d'argent.

Injections de vin aromatique dans le tube.

Frictions avec le tannate de plomb.

12 juin. — Bon aspect de la plaie, la tuméfaction persiste au cou-de-pied, elle a même plutôt augmenté. La circonférence mesure trente-cinq centimètres. Très-peu d'écoulement purulent par le tube, douleurs modérées, excellent état général.

Injonctions de vin aromatique dans le tube.

Lavage de la plaie au vin aromatique.

Pansement à l'axonge.

Répression des bourgeons charnus par le nitrate d'argent.

16 juillet. — A peine quelques gouttes de pus coulent par le tube, peu de douleurs, excellent état général. La plaie externe va se resserrant tous les jours. Il reste toutefois une tuméfaction générale au cou-de-pied, due sans doute à des dépôts plastiques et qui persistera longtemps.

Même traitement. Pansement de la plaie au styrax. Le malade mange et boit comme en bonne santé.

22 juillet. — Depuis quatre jours on a remplacé le tube par un simple fil; une à deux gouttes de pus sortent par l'orifice à chaque pansement. La plaie externe est réduite à 0,06 sur 0,03 centimètres. On ne réprime plus les bourgeons charnus. Le pied a déjà une certaine solidité sur la jambe : on peut cesser de le suspendre sur une compresse, le talon étant durci de nouveau, et le pied exigeant à peine l'appui d'un coussin de chaque côté. Le malade se porte très-bien.

30 juillet. — Même état, la cicatrisation progresse. La tuméfaction du cou-de-pied a légèrement diminué, mais l'empâtement est encore très-notable, surtout à la face interne où le fil traverse encore un conduit fistuleux; la circonférence du cou-de-pied égale 0,28 centimètres (0,26 à gauche). Les diamètres de la plaie sont l'un de cinq et l'autre de deux centimètres.

Application d'une gouttière plâtrée après avoir rasé le membre.

1er août. — L'appareil étreint et excorie la cicatrice, de plus il maintient mal le pied; on le supprime.

13 août. — Les excoriations se sont guéries, la plaie continue à se resserrer, la pseudarthrose se forme, et des tissus fibreux solides unissent déjà certainement le pied et la jambe. On commence à exercer le pied aux mouvements, cette opération est assez douloureuse. Le malade se lève sans placer à terre le pied qui est maintenu par une gouttière en carton et un bandage roulé.

17 août. — Le malade peut exécuter des mouvements modérés. Les mouvements passifs peuvent être très-étendus, mais ils sont très-douloureux et le malade pusillanime se refuse à cette utile gymnastique. Le fil a été retiré du trajet fistuleux qui est fermé. La plaie est réduite aux diamètres d'une pièce de cinq francs.

19 août. — La guérison continue d'avancer. Plus rien au côté interne là où les incisions avaient été faites et le dube de drainage passé. La plaie du côté externe s'est légèrement rétrécie; au reste, elle est recouverte de bourgeons charnus de la meilleure nature. Le malade, enchanté de son état, demande à retourner chez lui pour quelques jours. Il sort de l'hôpital le lendemain.

Depuis lors, bien que son observation n'ait plus été prise régulièrement, on a pourtant pu constater que son état allait en s'améliorant sans cesse.

Rentré à la clinique au commencement de septembre pour y consolider sa guérison, il y fait un nouveau séjour de plus de deux mois, jusqu'au 25 novembre dernier, époque à laquelle il est définitivement sorti. Or, pendant tout ce temps, aucune complication n'est venue entraver la marche progressive de l'amélioration. La cicatrisation de la plaie externe s'est terminée plusieurs jours avant sa sortie. On recommandait toujours au malade d'exercer son articulation à l'exécution des mouvements. Toutefois il faut dire que cette besogne étant peu de son goût à cause de la douleur qu'elle lui procurait, il ne s'y livra qu'avec répugnance et le moins possible.

En résumé, à sa sortie définitive : cicatrisation complète des deux plaies ; mouvements de flexion et d'extension redevenus possibles dans une certaine mesure. Raccourcissement de trois centimètres et demi, auquel on remédie par une chaussure appropriée. Ce résultat a coûté au malade une suppuration assez longue il est vrai, une gangrène légère, la menace d'une lymphite et aussi peut-être d'une résorption purulente; somme toute, un traitement de quatre mois à peu près.

CHAPITRE III.

Discussion du traitement applicable au cas spécial.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, le chirurgien avait donc en face une luxation du pied en dehors, compliquée de l'issue des deux malléoles à la partie externe de l'article. Or, chacun sait toute la gravité d'un pareil accident, c'est au point que Malgaigne a dit quelque part : «Excepté les luxations des os du tronc compliquées de lésions des viscères contigus, il n'est pas de complication aussi grave que l'issue des os luxés à travers une rupture des téguments.» Dans un cas de cette nature, en présence de circonstances aussi périlleuses, deux grandes voies à suivre s'offraient à l'homme de l'art : ou sacrifier le membre, ou bien au contraire le conserver. Dans le premier cas il fallait recourir à l'amputation, dans le second il y avait le choix entre la réduction et la résection. Comment on a été amené à opter pour la conservation du pied chez le sujet qui nous occupe, et comme quoi, pour obtenir ce but, on a eu recours à la résection, c'est ce que nous nous efforcerons de dire.

1° *Fallait-il amputer ?*

Il fut un temps où les cas de ce genre ne fournissaient point l'objet d'une longue hésitation; on ne connaissait qu'un seul remède au mal,

c'était l'amputation! Bon nombre de chirurgiens anglais du siècle dernier y avaient recours indistinctement; c'est même encore la pratique de quelques-uns d'entre eux, Colson entre autres. Chez nous, moins entreprenants et d'ailleurs moins téméraires, l'amputation immédiate eut aussi ses partisans déclarés, témoin le chirurgien-major de J. L. Petit, qui met à ce prix le salut du malade. Il est juste de dire toutefois qu'elle n'occupa pas, en France, la scène d'une manière aussi exclusive qu'en Angleterre. De nos jours elle compte peu de partisans, au moins exclusifs. Et comment voudrait-on qu'il en fût autrement, quand on met en balance d'une part les faibles avantages qu'elle apporte, de l'autre les inconvénients qui la suivent, puis aussi les résultats peu fameux qu'elle donne au point de vue de a mortalité.

Nombreux ont été les avantages attribués à l'amputation par ceux qui l'ont préconisée, mais on peut dire avec raison qu'il n'en est que deux qui puissent être invoqués. Je veux parler de la suppuration et des accidents qui sont moindres quand on ampute, d'où il suit que la guérison a lieu bien plus vite. Encore combien ces bénéfices ne sont-ils pas impuissants à pallier l'inconvénient majeur que l'amputation entraîne fatalement à sa suite, la perte du membre? On voudrait épargner au malade la longueur d'un traitement, l'abondance de la suppuration, et pour cela on ne recule pas devant le sacrifice d'une partie très-importante de son individu! Mais alors ce long traitement, ces collections purulentes tant redoutées entraînent souvent une terminaison funeste, l'amputation au contraire enregistre de très-nombreux succès. Cela a été dit, mais combien d'hommes autorisés sont d'un avis contraire? En adoptant cette ligne de conduite, il faudrait cependant que je puisse me dire à peu près sûrement: au moins je conserverai la vie du sujet; car si je sacrifie la partie pour le tout, encore faut-il que ce tout me reste. Eh bien, cela est loin d'être possible la plupart du temps. J'irai plus loin: en recourant à l'amputation, c'est-à-dire en sacrifiant le membre, il ne semble pas qu'on

ait, en thèse générale, beaucoup plus de chance de sauver le malade que si l'on tente la conservation du membre. Malgaigne, qui est une autorité irrécusable en pareille matière, dit formellement que l'amputation traumatique de la jambe atteint un chiffre de mortalité énorme. Dupuytren, avant lui, ne s'était-il pas vanté de n'avoir jamais amputé dans les cas de ce genre ; et s'il faut rappeler des paroles mémorables prononcées en 1848 au sein de l'Académie de médecine, l'éminent M. Velpeau, à propos de la question qui nous occupe, n'a-t-il pas dit alors : «Plus je vieillis dans la pratique et moins je suis partisan de l'amputation immédiate ; j'amputai plus en 1830 qu'en 1848, en juin moins qu'en février dernier.»

Pour nous dont l'expérience est absolument nulle à cet égard, mais qui voyons cette insistance des hommes les plus compétents à proscrire l'amputation immédiate, nous ne pouvons croire que l'on puisse raisonnablement attendre d'une pareille méthode des résultats plus favorables au point de vue de la mortalité, que ceux fournis par la méthode conservatrice.

Est-ce à dire pour cela, qu'il faille la rejeter de parti pris et dans tous les cas. Évidemment non. Il est en effet des circonstances qui la réclament énergiquement et immédiatement, dans lesquelles par conséquent, loin d'être un mal, elle est un bien. C'est à démêler ces circonstances que doivent tendre les efforts du chirurgien.

Nous ne reconnaîtrons point avec A. Cooper qu'il y ait onze cas réclamant l'amputation immédiate. Ainsi, par exemple, l'âge avancé du malade ne suffira jamais à lui seul pour nous porter à sacrifier le membre. L'amputation donne de si tristes résultats en pareil cas ! Nous en dirons autant des fractures des os de la jambe et du pied, à moins que le fracas ne soit très-étendu, excessif en un mot, car alors nous aurions toujours la résection comme ressource.

A plus forte raison rejetons-nous l'amputation immédiate dans les cas où il est difficile de réduire ; et en effet cette difficulté peut bien souvent être vaincue, sinon directement, du moins indirectement

par des débridements. Il est facile de se convaincre d'ailleurs par la lecture des ouvrages qui en rapportent des cas, que ces débridements sont à peu près inoffensifs ; et puis ne pût-on réduire sans causer trop de délabrements, ici encore il y aurait lieu d'user de la résection.

La division d'un vaisseau avec plaie étendue des téguments ne nous semble pas non plus réclamer impérieusement le sacrifice du membre. Du reste, A. Cooper dit lui-même que cette seule circonstance ne le porterait probablement pas à recourir immédiatement à l'amputation.

Serait-elle au moins indiquée dans le cas où le tétanos viendrait s'ajouter à la complication dont nous parlons? C'est là, croyons-nous, une question fort difficile à trancher. L'expérience, seul bon juge en pareille matière, a prouvé trop de fois, hélas, que l'amputation pratiquée dans ces conditions n'avait point empêché le mal d'arriver à une terminaison funeste. C'est au point que l'auteur que nous venons de citer ne serait pas éloigné de croire que, loin d'être utile à quelque chose, cette opération *in extremis* hâte plutôt la mort.

Après nous être inspiré à plusieurs reprises des auteurs les plus recommandables et les plus compétents, après avoir longtemps médité un aussi difficile sujet, voici quels sont les cas qui nous ont paru justiciables de l'amputation immédiate :

1° Quand le membre est en même temps broyé dans toute son épaisseur, de sorte que les chairs comme les os soient désormais impropres à reprendre la vie.

2° Quand la déchirure seule des téguments et des parties molles est si grande que la vie du membre soit incompatible avec un pareil état de choses.

3° Quand les vaisseaux et les nerfs principaux sont en même temps contus et lésés au point d'empêcher la circulation et l'innervation de la partie.

En tout cas il ne faut pas perdre de vue ces remarquables paroles de Janson (Mélanges de chirurgie) :

«Les amputations sont indiquées quand il faut sacrifier une partie pour le tout : c'est un moyen extrême, dernière ressource de la chirurgie, qu'il ne faut employer que dans l'insuffisance bien reconnue des autres méthodes de traitement.»

Mais l'amputation qui n'est point nécessaire immédiatement ou du moins qui n'a pas été jugée telle par le chirurgien, peut devenir indispensable secondairement. C'est alors, conformément au précepte de Janson, comme moyen extrême, comme dernière ressource qu'on l'emploie.

La discussion détaillée des accidents et des complications ultérieures qui peuvent réclamer cette manière d'agir nous entraînerait trop loin ; nous serons donc bref.

Trois cas principaux nous paraissent réclamer cette détermination :

1° L'abondance de la suppuration qui menace d'être intarissable et de conduire peu à peu, mais sûrement, le malade au marasme et à la mort.

2° La gangrène. Ici se place la question d'opportunité relativement au moment où il sera sage de recourir à cette *ultima ratio*. Agira-t-on sitôt qu'on verra la gangrène et alors qu'elle continue à s'étendre, ou bien attendra-t-on que les parties frappées de mort soient en voie complète d'élimination? Les deux opinions ont eu leurs défenseurs. Il ressort aujourd'hui de tout ce qu'on a dit à ce sujet, que le plus sage parti est d'attendre que le mal se soit limité, mais non que la séparation des parties gangrénées soit très-avancée. Un point sur lequel tous sont unanimes, c'est que ce serait une vaste erreur que d'emporter le membre dans un cas de grangrène légère et bornée aux téguments.

3° Le tétanos. Au chapitre de l'amputation consécutive, aussi bien et mieux peut-être qu'à celui-ci de l'amputation immédiate, pourrait s'agiter la question du tétanos. Malheureusement l'une ne réussit guère mieux que l'autre en pareil cas.

Très-souvent, à la suite de la réduction, de la carie, des exfoliations

surviennent aux extrémités articulaires ; il ne nous semble point que l'amputation secondaire soit applicable alors, c'est de préférence à la résection qu'il conviendrait de recourir, à notre sens du moins.

Que si, pour une cause ou pour l'autre, on est forcé d'amputer alors secondairement, cette conduite mène-t-elle nécessairement à une terminaison funeste? «Nous ne le pensons pas, dit M. Alquié : si l'on n'a pas attendu pour opérer que l'organisme fût très-affaibli, que des organes très-importants fussent affectés, que le sang soit vicié, le malade ne sera pas dans des conditions beaucoup plus défavorables ; si l'on convient de bonne foi que l'on sauve peu de malades par l'amputation faite lorsque les circonstances semblent se réunir pour présager un heureux résultat.» Au reste, pour s'en convaincre, il est bien facile de consulter les faits, leur logique est irrésistible.

Sur quatre amputations secondaires, Dupuytren n'eut aucun succès.

Roux, en 1830, perdit cinq opérés sur cinq. En 1848, il en guérit deux sur cinq.

Huguier en a sauvé deux sur deux.

Guthrie, sur cinquante et un, en a guéri vingt-neuf.

Larrey, dix sur vingt et un.

Laroche, la moitié.

Les relevés publiés par Philipps en 1844, d'après les chirurgiens anglais, donnent des résultats bien plus avantageux encore.

Chez eux, l'amputation immédiate a donné comme mortalité une proportion de cinquante et un pour cent, tandis que l'amputation secondaire a donné vingt-trois morts sur cent. Ce sont du moins les résultats auxquels est arrivé M. Alquié. Voici quelles sont ses conclusions à la suite : «De là il résulte que même pour l'amputation secondaire, après avoir tenté de conserver le membre fracassé, on sauve environ la moitié des malades. Si donc on cherche à conserver les extrémités blessées, de telle sorte que l'amputation soit mise en cause secondairement, on réussit chez presque les deux tiers des sujets, et

parmi ceux qui ne pourraient résister aux accidents, on en sauve la moitié par amputation secondaire.»

Nous dirons en terminant ce chapitre, que dans ces cas difficiles, le chirurgien sera d'autant plus autorisé à rejeter l'amputation et à se décider pour la conservation du membre, que le sujet sera plus vigoureux. Si le sujet est robuste, jeune, enfin capable d'une longue résistance vitale, il y a lieu de s'efforcer de conserver le membre, parce que la constitution du malade suffira à l'affaiblissement et aux troubles inséparables d'un traitement long, débilitant et semé d'accidents.

Maintenant, si de ces données générales nous descendons à notre cas particulier, nous ne trouvons point en lui les conditions signalées comme requérant ou pouvant requérir nécessairement l'amputation immédiate. La plaie, il est vrai, était vaste, puisqu'elle intéressait la demi-circonférance externe du membre, mais aucun vaisseau n'était lésé ; seule la pédieuse eût pu être déchirée ; or, elle était refoulée en dedans avec les tendons des muscles antérieurs, qui eux-mêmes étaient absolument intacts. La contusion, bien que forte, n'était pourtant pas excessive, l'innervation ne paraissait point non plus avoir souffert outre mesure. La vitalité des parties n'était donc point en jeu, au moins d'une façon pressante. Les dégâts osseux (le déplacement à part) étaient fort peu considérables, seule la malléole interne avait perdu un petit fragment. La lésion la plus importante, puisqu'elle suffisait pour décider du mode de traitement, était la perte de substance que le périoste avait subie à la face interne de la partie inférieure du tibia.

Ajouter à cela que le sujet était âgé de 25 ans, doué d'un tempérament sanguin, d'une constitution pour ainsi dire athlétique, c'est dire qu'il était en mesure de fournir matière à la suppuration et d'affronter les longueurs d'un traitement comme aussi ses accidents.

De ces considérations il est aisé de conclure et la réponse à ma première question est facile. Il n'y avait pas à pratiquer l'amputation immédiate et c'était à la conservation du membre que devaient ten-

dre les efforts du chirurgien. Mais par quel moyen ? C'est ce que nous allons voir.

2° *Fallait-il réduire ou bien convenait-il de réséquer pour réduire ensuite ?*

Telle était l'alternative qui se dressait devant le chirurgien, pressante, irrésistible ; car il fallait prendre un parti. Le parti fut pris, la résection pratiquée, puis les choses remises et maintenues en place. — Voir si cette conduite fut sage et rationnelle dans le cas spécial, c'est le but que nous nous proposons ici. Pour y arriver, il nous semble indispensable de rappeler les avantages comme aussi les inconvénients attachés à la réduction, et de les mettre en parallèle avec les avantages et les inconvénients fournis par la résection. Alors il deviendra plus facile de comparer ces deux méthodes entre elles, de tracer leurs limites, je ne dirai pas sûrement, qui le pourrait jamais ? enfin d'en tirer quelques conséquences relativement au cas qui nous occupe.

1° *Réduction.* — Avantages, inconvénients, mortalité.

Hippocrate la rejetait absolument ; pourtant l'ostracisme dont il l'avait frappée ne dura pas longtemps, car on reconnut bientôt que les sujets traités par elle étaient loin de périr fatalement et rapidement, comme il l'avait annoncé. Aussi la voyons-nous préconisée après lui par Celse, Galien, Paul d'Égine, et dans des temps plus rapprochés de nous, par Dupuytren et beaucoup d'autres. Ce n'était pas sans raison, car elle apporte de sérieux avantages.

En première ligne par son importance se place la conservation du membre. Ce résultat lui est commun avec la résection ; mais à quel prix l'une et l'autre l'obtiennent, on le verra plus tard.

Vient ensuite la guérison à peu près constante sans raccourcissements; j'ai dit à peu près constante, car il n'est point absolument rare d'avoir à déplorer des exfoliations osseuses, des caries, lesquelles ont pour triste apanage le raccourcissement à des degrés variables.

Cela a lieu surtout quand les extrémités osseuses ont séjourné au contact de l'air; mais c'est le petit nombre des cas.

Un troisième bénéfice enfin est relatif aux mouvements de l'articulation tibio-tarsienne. Sans admettre avec A. Cooper que les mouvements redeviennent toujours possibles alors, au moins dans de certaines limites, nous croyons qu'il en est ainsi dans beaucoup de cas. Leur étendue est d'ailleurs proportionnée à la gravité de la lésion et à l'abondance de la suppuration.

Or, ne sont-ce pas là des avantages considérables ? Il est vrai que la liste des inconvénients vient s'inscrire en face : elle est courte, mais elle mérite pourtant qu'on y fasse attention.

1° La réduction est pour ainsi dire le signal des accidents inflammatoires, et de la suppuration qui alors est abondante et de longue durée.

2° Par cela même elle rend le traitement plus long et elle recule l'heure de la guérison.

Dire que le traitement est plus long et les accidents consécutifs plus redoutables après la réduction qu'après la résection, c'est dire que la première est plus meurtrière que la seconde. Mais cela empêche-t-il que la guérison ait lieu dans la grande majorité des cas par la réduction. Cela empêche-t-il d'y recourir avec de grandes chances de succès quand le malade est robuste, vigoureux, en un mot capable de résister aux accidents qui la font quelquefois terrible? Non, évidemment ! Je sais bien que dans les meilleures conditions possibles, et quand tout faisait espérer une heureuse terminaison, on a éprouvé des revers. Pour n'en donner qu'un exemple, on pourrait citer ici le cas malheureux observé par Fritz en 1857, à cette même clinique de M. le professeur Rigaud.

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, d'une constitution athlétique. Un tronçon d'arbre était venu frapper contre sa jambe et avait déterminé une luxation du pied en dehors, avec issue de la malléole péronière à la partie externe de l'article. La plaie qui lui donnait

passage mesurait 7 centimètres. Le chirurgien se décida pour la réduction, qui se fit sans difficultés. Triste fatalité! malgré un traitement des mieux institués, d'accidents en accidents, la mort arriva! Que prouve cela? s'en prendra-t-on à la réduction? qui me dit que la résection pratiquée en cette occurrence eût obtenu une terminaison plus favorable? Ces faits nous paraissent destinés à rappeler à l'homme de l'art qu'en tout et partout il est des influences imprévues et impossibles à prévoir, avec lesquelles il ne peut pas compter. Ces influences, qu'elles viennent du dehors ou qu'elles tiennent à l'individu lui-même, ont le triste privilége de déjouer ses meilleurs calculs et d'anéantir ses efforts les plus sages et les plus rationnels. Au reste, à côté de ces pénibles revers, heureusement assez rares, il ne manque pas de succès brillants à invoquer en faveur de cette méthode : témoin les quinze observations rapportées par Astley Cooper, et où la réduction fut employée pour la plus grande gloire du chirurgien; témoin le fait relaté par Thierry dans le journal l'*Expérience* (t. IV, p. 216); témoins les deux cas publiés dans la thèse de M. Viserie (Paris, 1862), et beaucoup d'autres analogues, entre lesquels le choix serait difficile.

2° *Résection.* — Avantages, inconvénients, mortalité.

Cette méthode, proposée pour la première fois par Celse et pratiquée par Galien, tomba après eux dans l'oubli le plus profond. Elle n'en sortit que vers la fin du siècle dernier, époque à laquelle les chirurgiens anglais la remirent en honneur. Chez eux elle compta de chauds partisans, chez nous aussi on lui connut des adeptes exclusifs. N'a-t-on pas vu en effet Josse d'Amiens l'étendre même aux cas de luxation simple du pied? Ceci n'empêche pourtant pas, à part les exagérations (et quelle chose en est à l'abri?) que la résection ne puisse trouver son application quand certaines circonstances viennent se joindre à l'irruption des malléoles. Voyons quels sont ses avantages. En mettant hors de cause la conservation

du membre ; la résection offre ceci d'avantageux qu'elle entraîne d'ordinaire des accidents inflammatoires moins prononcés, une suppuration moins abondante et partant une guérison plus rapide. C'est ce qui nous a paru ressortir des observations particulières que nous avons pu consulter. Mais de bonne foi, ces bénéfices ne semblent-ils pas minces quand on songe à quel prix on les achète? En effet le raccourcissement et une ankylose à peu près constante ne lui sont-ils pas pour ainsi dire irrévocablement attachés ? Le membre a souvent perdu trois, quatre ou cinq centimètres et plus, tandis que d'un autre côté ses fonctions physiologiques sont presque sûrement supprimées. Je sais bien que pour pallier cet assez triste résultat, on a dit que des mouvements compensateurs s'établissaient entre les articulations tarso-tarsiennes, et que ces mouvements parvenaient à suppléer dans une certaine mesure ceux qui manquaient ailleurs. J'admets que cela soit, me contestera-t-on que ces mouvements compensateurs puissent tout aussi bien s'établir quand on a eu recours à la réduction simple que lorsque l'on a réséqué. Le résultat sera donc bien meilleur encore. Nous ne parlerons point d'un reproche que l'on a quelquefois adressé à la résection, car nous ne le croyons point suffisamment fondé : c'est celui de causer plus souvent que la réduction la gangrène des parties molles.

Sur le terrain de la mortalité, nous avons déjà vu que l'avantage était du côté de la résection, sans que pour cela la différence fût énorme.

Comparaison des deux méthodes.

Chacune d'elles a ses avantages, chacune d'elles possède aussi ses inconvénients. Toutes deux ont en commun le grand privilége de la conservation du membre ; mais à quel prix l'une et l'autre l'obtiennent, c'est ce que l'on a déjà pu entrevoir, c'est ce qu'il faut apprécier pour pouvoir se prononcer en faveur de l'une contre l'autre.

Si j'ai recours à la réduction, il est presque sûr que mon malade sera en butte à plus d'accidents, à une suppuration plus abondante, à un traitement de plus longue durée ; partant sa vie sera plus compromise, car il faut bien admettre que tout cela n'est pas absolument inoffensif. Mais en revanche, s'il traverse la longue et difficile période des accidents (et j'ai de grandes chances pour qu'il en soit ainsi, car en fin de compte la mortalité, pour être plus fréquente dans ce cas que dans les cas où l'on a réséqué, n'est cependant que l'exception), s'il survit, dis-je, il aura conservé son membre exempt de raccourcissement et revêtu, au moins en partie, de ses fonctions physiologiques. Or, quel n'est pas le prix d'un pareil résultat ; j'aurai causé un peu plus de douleurs, de souffrances et de dangers au patient, je le veux, mais où donc sera le si grand mal, si tels sont les fruits que j'en retire? Trouvera-t-on qu'une pareille façon d'agir est cruelle et téméraire? Donc pour nous les avantages consécutifs fournis par la réduction compensent et au delà les accidents primitifs qui la signalent en premier lieu; tandis qu'il serait plus hasardé d'affirmer que dans la résection les avantages primitifs puissent faire oublier les inconvénients consécutifs. Donc, et c'est là notre conclusion: considérée à un point de vue général, la réduction nous semble préférable à la résection.

Toutefois il ne faudrait pas inférer de là que la règle est de recourir, toujours et quand même, à la réduction dans les cas d'issue des malléoles à travers les téguments. Ceci est bien loin de notre pensée ; car s'il est des cas où elle convient, il en est d'autres où elle doit être irrévocablement rejetée.

Ceci nous amène aux indications et aux contre-indications des deux méthodes. Commençons par la réduction.

Il nous semble qu'il y aura lieu de la tenter dans les cas suivants :

1° Quand elle sera possible sans trop d'efforts (ceci est une condition de première importance), avec ou sans débridements, car nous

avons vu qu'ils sont assez innocents. Il va sans dire pourtant que ces débridements ne devront point être poussés jusqu'à compromettre la vitalité du membre.

2° Quand à l'issue des malléoles ne s'ajoutent point un trop grand fracas des os, des fractures comminutives.

3° Quand les parties molles ne seront pas déchirées et contuses au point d'emporter un pronostic fâcheux pour la conservation de la partie.

4° Quand ni l'une ni l'autre des extrémités osseuses n'aura perdu de son périoste.

5° Quand les extrémités osseuses sorties n'ont point séjourné trop longtemps au contact de l'air. Ici les limites sont difficiles à tracer.

6° Quand les vaisseaux et les nerfs du membre n'ont point subi de graves altérations.

7° Quand la lésion n'aura point amené de contracture s'opposant à la réduction ou à son maintien.

On y aura recours d'autant plus volontiers dans ces cas, que le sujet sera plus vigoureux, et que sa constitution le rendra plus capable de supporter les longueurs d'un traitement et les dangers d'une abondante suppuration.

Autrement il faudra choisir ou entre la résection ou bien entre l'amputation, suivant la complication que l'on a en présence.

Voyons maintenant à quels cas doit être réservée la résection ?

Cette opération préalable nous paraît trouver son indication dans les cas suivants :

1° Quand la contusion des parties molles et des os n'étant pas excessive, la réduction ne saurait être entreprise sans efforts considérables, et sans des débridements compromettants.

2° Quand à l'issue des malléoles viennent s'adjoindre des fractures comminutives ou simples des extrémités articulaires de la jambe, fractures qui empêcheraient les os d'être mis et maintenus en contact avec l'astragale.

3° Quand par le fait de la contracture musculaire, la réduction ne pourrait avoir lieu, ou qu'étant faite, on ne peut la maintenir.

4° Surtout quand il existe un décollement périosté de l'une ou de l'autre des malléoles ou des deux à la fois; car alors tout espoir de vie est perdue pour les parties ainsi dénudées: réduites dans cet état, elles seraient vouées à une séparation inévitable ; or, il est facile de prévoir tous les dangers qui accompagneraient cette élimination.

Une circonstance favorable, à aussi juste titre que dans la réduction, sera la vigueur et la force du sujet, car alors l'état général ressentira bien moins l'atteinte des accidents qui pourront se manifester.

Les contre-indications naturelles de la résection sont d'une part toutes les indications de la réduction, d'autre part toutes celles de l'amputation; nous n'y reviendrons point ici.

Application de ces données au cas spécial.

Notre malade, âgé de vingt-cinq ans, doué de la plus vigoureuse constitution, possédait d'ailleurs tous les attributs d'une excellente santé; il n'avait donc guère à redouter l'affaiblissement qui accompagne d'ordinaire tout traitement long et difficile. Son énergie vitale était en mesure de faire face aux accidents accoutumés de la réduction ; on eût donc pu songer à l'employer dans ce cas, si pour prendre une pareille détermination, il suffisait de consulter, en pareille occurrence, l'état général. Mais il ne suffit point, et cette considération ne vient qu'au second plan. Ce qu'il faut examiner avant tout alors, c'est le traumatisme, ce sont les lésions locales, pour apprécier leur degré, leur étendue, leurs complications. De cet examen ressortent des indications plus ou moins nettes, plus ou moins tranchées, qui doivent primer celles que l'on pourrait tirer et du tempérament et de l'âge et des conditions de fortune, etc. Or, si dans le cas particulier, l'âge, le tempérament, l'état général en un mot, pouvaient

soulever l'idée de réduction, cette idée croulait bien vite devant les exigences tout autres commandées par l'état local. Et en effet :

1° Elle eût été impossible sans les plus grands efforts, ce qui fut parfaitement constaté par le chirurgien.

2° Il eût fallu opérer des débridements artificiels. Mais la plaie, déjà énorme par elle-même, mesurait toute la demi-circonférence externe du membre. De plus, ses bords et aussi les parties environnantes étaient violemment contuses, au point que le membre était plongé dans la stupeur; et l'on aurait osé alors que la vitalité des parties était peut-être déjà menacée, recourir à des débridements qui eussent presque sûrement achevé de la compromettre!

3° En troisième et dernier lieu, une complication des plus remarquables et qui ne permettait point l'hésitation, était la perte de périoste subie par l'extrémité inférieure interne du tibia. Ce dernier accident excluait absolument la réduction, en admettant qu'on pût y songer encore, car la portion d'os ainsi dépouillée avait désormais perdu ses droits à la vie; sa séparation, par ce fait, était devenue inévitable. Avec une pareille lésion, le raccourcissement devait donc être fatal, l'ankylose presque forcée; l'indication était de les obtenir au prix des moins grands sacrifices possibles. Fallait-il réduire pour avoir en perspective une suppuration sans fin, l'exfoliation et la nécrose de la partie inférieure du tibia? ou bien valait-il mieux opérer la résection et échapper ainsi à la plupart des accidents ci-dessus mentionnés, surtout si l'on songe qu'en suivant la première ligne de conduite, le résultat définitif ne pouvait être meilleur que par la seconde méthode? Le parti était donc facile à prendre et c'était le cas d'appliquer l'adage: «de deux maux, il faut choisir le moindre.» Aussi l'opérateur n'hésita point, la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe fut pratiquée au moyen de la scie à chaîne, sans aucune difficulté. Ici l'on pourrait soulever la question suivante: N'eût-il pas été préférable, au double point de vue de la durée du traitement et du résultat définitif, de réséquer seulement l'extrémité articulaire in-

férieure du tibia? Ceci revient à peu près à demander si une résection vaut mieux que deux résections, en un mot, si l'on doit préférer un mal à deux maux, offrant une gravité pareille. Or, la chose n'a pas besoin d'être démontrée, elle est évidente *a priori*. Enlevez une seule malléole, et vous aurez moins d'irritation, moins d'accidents inflammatoires, moins de suppuration que si vous les enlevez toutes les deux: de plus, ce qui est un grand point, la mortaise péronéo-tibiale n'étant détruite qu'en partie, c'est-à-dire d'un seul côté, la malléole restante sera une ressource précieuse pour assurer les rapports des surfaces articulaires. Mais il est une distinction de la plus haute importance à établir au point de vue du résultat définitif: autre chose est, en effet, de réséquer une seule malléole, l'interne par exemple; autre chose, d'enlever une partie plus ou moins considérable de l'extrémité inférieure du tibia. Dans le premier cas, il y a tout à gagner, rien à perdre; dans le second, au contraire, il arrivera une chose déplorable, c'est que le pied perdant ainsi son point d'appui principal, sera incapable de soutenir le poids du corps. Or, ajoute M. Velpeau, tout porte à croire qu'il se renversera en dedans, ainsi que Moreau fils l'a observé chez l'un de ses opérés; d'où il tire la conclusion que le péroné, quand il est sain, doit être excisé toutes les fois que l'on réséque le tibia. C'est aussi notre conclusion relativement au cas particulier.

La résection une fois opérée, les parties furent aisément rapprochées et maintenues en place. Depuis lors les choses ont marché bon train; quelques accidents, dont les uns ne manquaient pas d'une certaine gravité, ont signalé le cours du traitement; mais en somme la vie du malade n'a point été très-sérieusement en jeu. La guérison est donc arrivée dans un espace de temps relativement peu considérable: au bout de deux mois, la marche était déjà possible à l'aide de béquilles; au bout de trois mois et demi, toutes les plaies étaient cicatrisées; au bout de quatre mois enfin, le malade est sorti de l'hôpital convenablement rétabli. Le raccourcissement de son membre ne dépasse point 0,035

millimètres, encore y remédie-t-on en partie au moyen d'une chaussure appropriée. Chose remarquable et essentielle, les mouvements sont redevenus possibles, dans une certaine mesure, à l'articulation tibio-tarsienne, et il est permis d'affirmer que si le sujet eût été moins pusillanime et partant plus soigneux d'exercer son pied, ces mouvements eussent obtenu plus d'étendue et d'ampleur. N'est-ce pas là, je le demande, un résultat des plus complets et des plus heureux? J'ajouterai qu'il est même plus favorable qu'on n'eût dû l'espérer d'abord. Et en effet, dans la très-grande majorité des cas, où aboutit la résection, si ce n'est au raccourcissement et à l'ankylose? Ici le premier ne fait pas défaut et comment pourrait-il manquer? mais l'ankylose ne s'est point faite et c'est précisément en cela que je trouve le succès au-dessus de toute espérance. Je n'ignore point que dès le siècle dernier, Moreau, de Bar-le-Duc, avait été tout aussi heureux dans un cas à peu près analogue; deux faits de ce genre sont aussi rapportés dans les œuvres d'A. Cooper; mais cela n'empêche point que le contraire ait lieu à peu près toujours à la suite de la résection. La raison de cette absence d'ankylose, nous la trouvons chez notre sujet dans l'état d'intégrité complète où se trouvait l'astragale du pied luxé. En effet, cet os étant absolument indemne, a pu être conservé en entier et revêtu de son cartilage, lequel est ainsi devenu un obstacle des plus efficaces à cette terminaison si peu souhaitable.

Donc et voici nos conclusions relativement au cas spécial :

1° Au point de vue de la conduite à tenir, elle ne pouvait être douteuse : du moment qu'on rejetait l'amputation immédiate (méthode applicable seulement *in extremis*), la résection des extrémités inférieures des deux os de la jambe, jusqu'au niveau de la lésion, était seule praticable. Le chirurgien en y recourant a donc été rationnel.

2° Au point de vue du résultat obtenu, le succès a été complet, brillant ; ce qui fait qu'après avoir été rationnel, le chirurgien a, de plus, été heureux.

Arrivé à cet endroit de notre travail, disons que notre prétention n'est point d'avoir, en pareille matière, posé des règles sûres, inviolables; la difficulté est si grande et nous sommes si peu autorisé! Notre seul but a été de faire ressortir qu'un traitement unique ne saurait être appliqué exclusivement à la complication dont nous nous sommes occupé : que tour à tour, l'amputation, la réduction simple et la réduction avec résection pourront trouver leur indication; finalement, que de ces trois méthodes, celle qui nous paraît préférable, c'est la réduction quand elle est possible, bien entendu. Vient ensuite la résection pour laquelle on pourrait admettre quatre degrés : 1° la résection d'une simple portion de malléole ; 2° la résection d'une malléole en totalité; 3° celle des deux malléoles à la fois ; 4° enfin, des extrémités inférieures des deux os de la jambe. En tout dernier lieu se place l'amputation.

Vu.
Strasbourg, le 10 décembre 1866.
Le Président de la Thèse,
RIGAUD.

Vu bon à imprimer.
Strasbourg, le 11 décembre 1866.
Le Recteur de l'Académie,
A. CHÉRUEL.

QUESTIONS

posées par la Faculté et tirées au sort, en vertu de l'arrêté du Conseil de l'instruction publique du 22 mars 1842.

1. *Anatomie normale.* — Du mode de développement des testicules et des ovaires chez l'embryon.

2. *Anatomie pathologique.* — Du squirrhe de l'estomac.

3. *Physiologie.* — Mouvements respiratoires; leur rhythme, leur mécanisme.

4. *Physique médicale. Hygiène.* — De la pesanteur. Principaux phénomènes physiologiques, pathologiques et cadavériques influencés ou produits par la pesanteur.

5. *Médecine légale.* — Quels sont les caractères fournis par l'état du squelette qui servent à établir l'identité pendant la vie?

6. *Accouchements.* — Comment doit-on faire la version dans le cas de présentation du bras?

7. *Histoire naturelle médicale.* — Des parties herbacées des plantes.

8. *Chimie médicale et toxicologie.* — Des phénomènes d'oxydation dans l'organisme animal.

9. *Pathologie et clinique externes.* — Quelle est l'influence de la phlébite sur la production de l'infection purulente?

10. *Pathologie et clinique internes.* — Du traitement de la gravelle.

11. *Médecine opératoire.* — De la rhinoplastie.

12. *Matière médicale et pharmacie.* — Sous quelle forme administre-t-on habituellement les gommes résines?